

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia instituut

Maili Tirel

*PROGNOSIS PESSIMA* VÄHIHAIGETE JA VÄHIHAIGUSE ÜLEELANUD INIMESTE  
VAIMNE TERVIS, TERVISEGA SEOTUD ELUKVALITEET JA SUBJEKTIIVNE HEAOLU

Magistritöö

Juhendajad: Toivo Aavik, PhD  
Inna Narro, MA

Läbiv pealkiri: Vähihaigete vaimne tervis ja subjektiivne heaolu

Tartu 2019

***Prognosis pessima* vähihaigete ja vähihaiguse üleelanud inimeste vaimne tervis, tervisega seotud elukvaliteet ja subjektiivne heaolu**

**Kokkuvõte**

Vähihaigus mõjutab lisaks füüsilisele tervisele ka vaimset ja psühhosotsiaalset tervist ning elukvaliteeti. Käesoleva magistritöö eesmärk oli uurida vähihaiguse üleelanud ja *prognosis pessima* vähihaigete vaimset tervist, tervisega seotud elukvaliteeti ja subjektiivset heaolu.

Uuringus osales 57 *prognosis pessima* patsienti, 61 vähihaiguse üleelanud inimest ja 62 tervet kontrollisikut, kes täitsid küsimustikud SWLS, RAND-36 ja EEK-2. Tulemused näitasid, et *prognosis pessima* patsiendid ja vähihaiguse üleelanud inimesed kogevad rohkem depressiooni ning ärevust kui kontrollgrupp; sealjuures kogevad *prognosis pessima* patsiendid rohkem depressiooni kui ärevust ja kõrgem depressiooniskoor ennustab madalamat subjektiivset heaolu ja tervisega seotud elukvaliteeti. Samuti leiti, et subjektiivse heaolu valdkondadest on kõik grupid kõige rohkem rahul sõpradega. *Prognosis pessima* patsiendid olid eluvaldkondadest kõige vähem rahul tervisega, vähihaiguse üleelanud inimesed olid kõige vähem rahul sissetulekuga.

Märksõnad: vähihaigus, subjektiivne heaolu, tervisega seotud elukvaliteet, ärevus, depressioon

**Mental health, health-related quality of life and subjective well-being in *prognosis pessima* cancer patients and cancer survivors**

**Abstract**

In addition to physical health, cancer also has an effect on mental and psychosocial health and quality of life. The aim of the current thesis was to research the mental health, health-related quality of life and subjective well-being of *prognosis pessima* cancer patients and cancer survivors. The sample was comprised of 57 *prognosis pessima* patients, 61 cancer survivors and 62 healthy controls, who filled out the following questionnaires: SWLS, RAND-36 and EEK-2. The results showed that both *prognosis pessima* patients and cancer survivors experience more symptoms of depression and anxiety than controls. *Prognosis pessima* patients experience more depression than anxiety and a higher score on the depression scale predicts lower health-related quality of life and subjective well-being. It was also found that out of the areas of subjective well-being, all groups are the most satisfied with friends. *Prognosis pessima* patients are the least satisfied with health, while cancer survivors are the least satisfied with salary.

Keywords: cancer, subjective well-being, health-related quality of life, anxiety, depression

### Mõistete loetelu

**Hiiu Järetravi kliinik** – SA Põhja – Eesti Regionaalhaigla Hiiu Järetravi kliinik korraldab patsientide aktiivravile järgnevat vajaduspõhist ja palliatiivset toetavat ravi (Narro, 2017).

**Palliatiivne ravi** – ravi, mille eesmärgiks on parandada eluohtliku haigusega patsientide ja nende lähedaste elukvaliteeti (Addington-Hall, 2002).

**Prognosis pessima vähihaige patsient** – III ja IV staadiumis vähidiagnoosiga patsiendid, kellel prognoos paranemisele puudub; lõpetatud on aktiivravi ning rakendatud parim toetav ravi haigussümptomite leevendamiseks.

**Vähk** – pahaloomuline kasvaja ehk mistahes koe vohand, mida iseloomustab rakkude vähene diferentseerituse aste ja võime sisse tungida ümbritsevatesse kudedesse ning levida nii vere kui ka lümfi kaudu kogu organismi (Riiklik vähistrateegia ..., 2007).

**Vähihaiguse üle elanud patsient** - patsiendid, kellel on haiguse diagnoosimisest möödas 5 aastat, mida peetakse onkoloogias tinglikult paranemiseks; ka nende patsientide jälgimine vähi võimaliku taastekke suhtes enamasti jätkub (Riiklik vähistrateegia ..., 2007).

## Sissejuhatus

### *Vähihaigus ja onkopsühholoogia*

Maailma terviseorganisatsiooni (2019) andmetel on vähk üle maailma sageduselt teine surmapõhjus. Hinnanguliselt suri 2018. aastal vähki 9,6 miljonit inimest. Meestel esineb kõige sagedamini kopsu-, eesnäärme-, pärasoole-, mao- ja maksavähki, naistel aga rinna-, pärasoole-, kopsu-, emakakaela- ja kilpnäärmevähki. Eesti Vähiliidu (2019) andmetel registreeriti 2015. aastal Eestis 8662 uut vähijuhtu, neist 4231 meestel ja 4431 juhtu naistel.

Viimastel aastakümnetel on meditsiinilised edasiarengud, üldine elutingimuste paranemine ja suurenenud keskmine eluiga tõstnud vähihaiguse üldist levimust (Lang-Rollin ja Berberich, 2018). Vähk on ühiskonnale kulukas haigus, sest kahjud haigestunud inimese elukvaliteedile on suured ja sageli pöördumatud (Eesti Vähiliit, 2019). Lisaks füüsilisele tervisele mõjutab vähihaigus ka vaimset ja psühhosotsiaalset tervist, toimetulekut ning läbi nende tervisega seotud elukvaliteeti (LeMasters jt, 2013). Kuigi paljude vähki põdevate inimeste jaoks on haiguse üleelamine jätkuvalt kõige olulisem eesmärk, on patsientide elukvaliteedi parandamine tõusnud esiplaanile. Sellest lähtuvalt on arenenud ka onkopsühholoogia valdkond, mille eesmärgiks ongi eelmainitud probleemidega tegelemine (Lang-Rollin ja Berberich, 2018).

Onkopsühholoogia (või psühho-onkoloogia, inglise keeles *psycho-oncology*) valdkonna loojaks peetakse Ameerika arsti Jimmie C. Holland'it, kelle sõnul on onkopsühholoogia vähiteaduse alla kuuluv valdkond, mis tegeleb kahe psühholoogilise dimensiooniga: 1) vähipatsientide ja nende lähedaste psühholoogilised reaktsioonid haiguse staadiumitele ning meditsiinipersonali stress, ning 2) vähihaiguse teket ja kulgu mõjutavad psühholoogilised, sotsiaalsed ja käitumuslikud faktorid (Holland, 2002). Onkopsühholoogia sai alguse 1970ndatel aastatel Ameerikas, kus see arenes onkoloogia, psühhiaatria ja psühhosomaatilise meditsiini kokkupuutepunktis asuva valdkonnana. Holland'i (2002) sõnul aitasid onkopsühholoogia kujunemisele kaasa mitmed ühiskondlikud muutused, mis tollel ajal aset leidsid. Esiteks hakati ühiskonnas vähki suhtuma optimistlikumalt, kuna aina rohkem inimesi said vähihaigusest võitu. Teiseks hakkasid oma kogemustest vähiga rääkima kuulsused, kes aitasid vähi ümber valitsevat stigmat vähendada. Kolmandaks juhtisid inimõiguste liikumised rohkem tähelepanu varasemalt varju jäänud indiviididele, kelle hulka kuulusid ka patsiendid. Need muutused võimaldasid esmakordselt

uurida vähihaiguse psühholoogilist dimensiooni. 1975. aastal peeti Texase osariigis esimene onkopsühholoogia konverents.

Viimaste aastakümnete jooksul on onkopsühholoogias tehtud suuri edusamme vähipatsientide elukvaliteedi mõõtmise ja parandamise suunas. 1980ndate aastate alguses alustati mitmete elukvaliteeti mõõtvate küsimustike arendamist (Aaronson, 1991) ja tänapäeval on teadlastel ning arstidel võimalik valida sobiv mõõdik, nende hulgas ka käesolevas töös kasutatav RAND-36. Holland'i ja Wiesel'i (2015) sõnul on patsiendid alates 1990ndatest aastatest võtnud oma ravis aktiivsema rolli ja on valmis vaimse toimetuleku parandamiseks otsima abi erinevatest teraapiakoolkondadest. Koos onkopsühholoogia arenguga on kasvanud nõudlus onkopsühholoogiliste sekkumiste ja nõustamiste järele (Breitbart ja Alici, 2009) ning tänapäeval töötavad onkopsühholoogia vallas psühhiaatrid, psühholoogid ja sotsiaaltöötajad, et pakkuda abi vähipatsientidele ning nende lähedastele kõigis vähi staadiumites.

### ***Vaimne tervis***

Vaimse tervise all ei mõisteta ainult psüühikahäirete puudumist, vaid heaoluseisundit, milles inimene realiseerib oma võimeid, tuleb toime igapäevase elu pingetega, suudab töötada tootlikult ja tulemusrikkalt ning on võimeline andma oma panuse ühiskonna heaks (Maailma terviseorganisatsioon, 2014). On leitud, et paljud vähipatsiendid kannatavad erinevate vaimse tervise probleemide käes ja neil esineb depressiooni ning ärevuse sümptomeid, näiteks keskendumisvõime alanemist, insomniat ja ärrituvust (Krebber jt, 2013; Breitbart ja Alici, 2009). Nii vähiravi saavad patsiendid kui ka vähihaiguse üleelanud inimesed kogevad tihti (vaimset) väsimust ja kurnatust (Hofman jt, 2007). Nõrk vaimne tervis võib vähendada patsiendi võimet haiguskooormaga toime tulla, vähendada ravile vastuvõtlikkust, pikendada haiglas viibimise aega, vähendada elukvaliteeti ja suurendada suitsiidiriski (Prieto jt, 2002; Krebber jt, 2013).

### ***Subjektiiivne heaolu***

Subjektiiivset heaolu defineeritakse kui inimese hinnangut oma elule ja emotsionaalsetele kogemustele. See kätkes endas nii üldisi hinnanguid eluga ja tervisega rahulolule kui ka spetsiifilisi reaktsioone elusündmustele (Diener jt, 2017). Diener'i (1984) kolmeosalise mudeli

järgi on lisaks hinnangutele eluga rahulolu kohta subjektiivse heaolu osaks ka tasakaal negatiivse ja positiivse afektiivsuse vahel.

Tervis on lahutamatu osa subjektiivsest heaolust; on leitud, et kõrgem subjektiivne heaolu ennustab paremat tervist ja pikemat eluiga, kuna kõrgema subjektiivse heaoluga inimesed teevad tõenäolisemalt tervislikumaid valikuid ning on kroonilistele haigustele vähem vastuvõtlikud (Diener ja Chan, 2011; Diener jt, 2017). Tervisel omakorda on mõju subjektiivsele heaolule. Eestis läbiviidud uuringus on leitud, et mida paremaks hindas vähihaige oma tervist, seda madalam oli tema negatiivne emotsionaalsus ning kõrgem positiivne emotsionaalsus ja eluga rahulolu (Rüütel, 2011).

### ***Tervisega seotud elukvaliteet***

Tervisega seotud elukvaliteedi all mõistetakse seda, kuidas tervis mõjutab inimese toimetulekut ja tajutud füüsilist, vaimset ning sotsiaalset rahulolu (Zhou jt, 2016). Hays'i ja Moralesi (2001) järgi hõlmab igapäevane toimetulek eneseteenindust ja -hoolitsust, kohustusi nagu majapidamine ja tööl käimine ning sotsiaalset toimetulekut suhetes sõprade ja perega. Rahulolu komponent seevastu keskendub inimese subjektiivsetele tunnetele, tajudele ja emotsioonidele. Tervisega seotud elukvaliteedi mõõtmine vähipatsientidel on oluline ravi määramise seisukohast, kuna madala elukvaliteediga patsiendid võivad vajada rohkem toetavat sekkumist (Zhou jt, 2016; McCorkle jt, 2009; Wachai, Armer, & Stewart, 2011). Erinevad uuringud tõestavad, et võrreldes üldpopulatsiooniga on vähki põdevatel (nt Pergolotti jt, 2017) ja vähihaiguse üleelanud inimestel (nt Huang jt, 2017) tervisega seotud elukvaliteet madalam. Siiski on leitud, et võrreldes kroonilisi haigusi põdevate inimestega on vähihaiguse üleelanud inimestel parem tervisega seotud elukvaliteet (Heins jt, 2016).

### ***Varasemad onkopsühholoogilised uuringud Eestis***

Eestis on varasemalt onkopsühholoogilisi või onkopsühholoogiaga seonduvaid uuringuid tehtud vähe. Vähihaigete elukvaliteeti ja seda mõjutavaid tegureid on Tallinna Ülikoolis uurinud Vulp (2015) ja väljaspool üliõpilastöid Paat-Ahi, Sikkut ja Veldre (2014). Vähihaigete subjektiivset heaolu on oma magistritöös uurinud Rüütel (2011). Samuti on uuritud vähihaigete rehabilitatsiooniprogramme (Niinepuu, 2014) ja vähihaigete lähedaste vajadusi (Gross, 2009).

Lisaks eelnimetatutele on viimastel aastatel Tartu ülikoolis kaitstud kaks onkopsühholoogilist lõputööd: Inna Narro magistritöö (2017) teemal “Vähihaiguse üle elanud ja *prognosis pessima* vähihaigete subjektiivne heaolu ning personaalsed väärtused” ja Krislin Raik’i uurimistöö (2018) teemal “Subjektiivne heaolu ning emotsionaalne enesetunne *prognosis pessima* vähihaigete puhul võrrelduna vähki mittepõdevate inimestega”. Uurimistöö on eelnimetatud tööde jätkuks, kasutades Inna Narro ja Krislin Raik’i poolt kogutud ning osaliselt kasutatud andmeid. Autori individuaalseks panuseks töösse on osaliselt kasutamata andmete analüüsimine ning töö onkopsühholoogilisem suunitlus rõhuasetusega vaimsel tervisel. Võttes arvesse vähihaiguse esinemissagedust Eestis, on tegu olulise ja aktuaalse teemaga ning käesoleva töö üheks üldisemaks eesmärgiks on anda läbi uute teadustulemuste panus onkopsühholoogia arengusse Eestis.

### ***Eesmärk ja hüpoteesid***

Käesoleva töö eesmärk on uurida vähihaiguse üleelanud ja *prognosis pessima* vähihaigete vaimset tervist, subjektiivset heaolu ja tervisega seotud elukvaliteeti. Töö rõhuasetus on vaimsel tervisel ja emotsionaalsel enesetundel ning nende seostel subjektiivse heaolu ja tervisega seotud elukvaliteediga. Paljudel kaugelearenenud vähki põdevatel patsientidel esineb depressiooni, üldistunud ärevushäire, post-traumaatilise stressihäire ja paanikahäire sümptomeid, mille tugevus on viimastel elukuudel üsna stabiilne (Lichtenthal jt, 2009). Depressioon on vähipatsientide seas üks levinumaid vaimseid häireid; erinevate uuringute kohaselt esineb see 3-77%-l palliatiivravi olevatest vähipatsientidest (Delgado-Guay jt, 2009; Block, 2005). Samuti kogevad vähipatsiendid tihti ärevuse sümptomeid ja erinevaid ärevushäireid esineb 10-30% patsientidest (Breitbart ja Alici, 2009). On leitud, et rinnavähist paranenud naiste seas on ärevuse levimus 18-33% ja depressiooni levimus 9-66% (Maass jt, 2015). Lisaks on leitud, et vähihaigete ja vähihaiguse üleelanud inimeste depressiooni ja ärevuse keskmised skoorid on kõrgemad kui kontrollgrupil (Hinz jt, 2010). Sellest lähtuvalt püstitas autor järgmised hüpoteesid:

1. *Prognosis pessima* patsientide ja vähihaiguse üleelanud inimeste skoorid EEK-2 depressiooni ja ärevuse skaaladel on kõrgemad kui kontrollgrupi omad.
2. *Prognosis pessima* patsientide ja vähihaiguse üleelanud inimeste hulgas esineb EEK-2-ga mõõdetud depressiooni sümptomeid võrreldes ärevuse sümptomitega rohkem.



Bužgova, Jarošova ja Hajnova (2015) on leidnud, et depressiooni ja ärevuse kogemine alandavad palliatiivravi patsientide füüsilist, emotsionaalset ja sotsiaalset toimetulekut ehk üldist elukvaliteeti, mis on üheks tervisega seotud elukvaliteedi osaks. Sarnaseid tulemusi on leitud ka vähihaiguse üleelanud inimestel: Mols ja kolleegid (2018) leidsid oma uuringus, et kõrgemad ärevuse ja depressiivsuse näitajad ennustasid madalamat tervisega seotud elukvaliteeti pärasoolevähist paranenutel. Lisaks on leitud, et subjektiivne heaolu on seotud depressiooni ja ärevuse sümptomite kogemusega. Zlatar ja kolleegid (2015) leidsid, et vanemate vähihaiguse üleelanud inimeste puhul on madalam subjektiivne heaolu seotud tugevamate ärevuse ja depressiooni sümptomitega, millele sarnaseid tulemusi on kinnitanud oma uuringutes I-III staadiumi vähipatsientide seas ka Lorenzo-Seva (2019). Võttes arvesse, et Tessier'i, Blanchin'i ja Sébille'i (2017) poolt läbiviidud uuringud kinnitasid rinnavähi diagnoosiga naistel vaimse tervise näitajate ja subjektiivse heaolu vahel tugevat korrelatsiooni, siis sellest tulenevalt said need uuringute tulemused aluseks käesoleva uurimustöö järgmisele hüpoteesile:

3. Kõrgemad skoorid EEK-2 depressiooni ja ärevuse skaaladel ennustavad *prognosis pessima* patsientidel ja vähihaiguse üleelanud inimestel madalamat tervisega seotud elukvaliteeti ja subjektiivset heaolu.

Autorile teadaolevalt pole varasemalt uuritud vähihaigete ja vähihaiguse üleelanud inimeste eluga rahulolu erinevate SWLS küsimustikus esindatud eluvaldkondade lõikes. Vähk toob kaasa mitmeid terviseprobleeme nagu valu ja kurnatus (Rosenstein, 2011), on haigele ja tema perele suur majanduslik koorem (Fenn jt, 2014; Lathan jt, 2016) ning mõjutab patsiendi ja lähedaste vahelisi suhteid (Kent jt, 2016). Võttes arvesse vähi mitmekülgset mõju inimese elule, on oluline uurida vähihaigete ja vähihaiguse üleelanud inimeste rahulolu erinevate eluvaldkondadega. Sellest lähtuvalt püstitas autor uurimisküsimuse:

4. Milliste SWLS eluvaldkondadega on *prognosis pessima* patsiendid ning vähihaiguse üleelanud inimesed kõige rohkem ja kõige vähem rahul?

## Meetod

### *Valim*

Valim koosneb SA PERH-i Järeldravi kliiniku III onkoloogia osakonna eesti keelt kõnelevatest *prognosis pessima* (III, IV staadium) vähidiagnoosiga täiskasvanueas mees- ja naissoost patsientidest ja MTÜ Eesti Vähiliidu patsientide ühingu vähihaiguse üleelanud

täisealistest liikmetest. Lisaks on uuringusse võrdlusena kaasatud ilma vähidiagnoosita inimestest koosnev mugavusvalimi põhimõttel moodustatud kontrollgrupp.

Küsitlus *prognosis pessima* vähihaigete patsientide seas viidi läbi ajavahemikul 2013-2017 ja selles osales 57 isikut (29 meest, 28 naist). Patsiendid olid vanused 21-86 eluaastat ( $M = 63$ ). Kõige varasem vähidiagnoos oli pandud aastal 1988 ja hiliseim aastal 2016. Kokku esines *prognosis pessima* grupis 30 erinevat vähidiagnoosi; naistel esines kõige rohkem rinnavähki ( $N = 8$ ) ja emakapiirkonna vähki ( $N = 4$ ). Meespatsientidel esines enim maovähki ( $N = 5$ ), pärasoolevähki ( $N = 4$ ) ja eesnäärmevähki ( $N = 3$ ). 28 patsiendi haigusseisund oli jõudnud IV staadiumisse, 11 patsiendil III staadiumisse ja 17 patsiendil oli haiguse staadium määramata.

Vähihaiguse üle elanud patsientide seas viidi läbi küsitlus ajavahemikul 2014-2015 ja selles osales kokku 61 isikut (4 meest, 57 naist). Patsiendid olid vanuses 36-88 eluaastat ( $M = 66$ ). Kõige varasem diagnoos oli pandud aastal 1977 ja hiliseim aastal 2014. Vähihaiguse üle elanud patsientidel oli kokku 14 erinevat diagnoosi; naistel esines kõige rohkem rinnavähki ( $N = 22$ ), maovähki ( $N = 5$ ) ja emakapiirkonna vähki ( $N = 5$ ) ja meestel eesnäärmevähki ( $N = 3$ ). Küsitlus kontrollgrupis viidi läbi vahemikus jaanuar-märts 2018, selles osales 62 isikut (54 naist, 8 meest). Kontrollgruppi kuulunud inimesed olid vanuses 40-84 eluaastat ( $M = 64$ ).

### ***Mõõtevahendid***

#### **Eluga rahulolu küsimustik (SWLS)**

Subjektiiivse heaolu mõõtmiseks kasutatakse eluga rahulolu küsimustikku (*Satisfaction With Life Scale*, SWLS), mis koosneb kahest osast. Esimene osa koosneb viiest üldisest küsimusest eluga rahulolu kohta (nt „suuremalt jaolt on mu elu ideaalilähedane“), millele vastatakse 5-pallisel Likerti skaalal (1 - “ei ole üldse nõus”, 5 - “olen täiesti nõus”). Teise osa moodustavad 15 küsimust konkreetsete valdkondade kohta (tervis, suhted teistega, enesedistsipliin, perekond, haridus, töökoht, materiaalne olukord, sissetulek, karjäär, sõbrad, romantiline suhe, eesmärkide saavutamine, hovid, vaba aeg, elukoht), millele vastatakse samuti 5-pallisel Likerti skaalal (1- ei ole üldse rahul, 5- väga rahul). Eluga rahulolu hindamisel arvestatakse esimest viit küsimust. SWLS autorite (Diener jt, 1985) sõnul on tegu ühedimensioonilise mõõdikuga, mis ei mõõda positiivset ja negatiivset aspekti, vaid subjektiiivse heaolu kognitiivset komponenti. Küsimustiku

ühedimensioonilisust ja selle sobivust vähipatsientidega kasutamiseks on kinnitanud ka Lorenzo-Seva ja kolleegid (2019). Eesti keelde on küsimustiku adapteerinud Anu Realo (Kuppens, Realo ja Diener, 2008).

### **Emotsionaalse enesetunde küsimustik (EEK-2)**

Vaimse tervise mõõtmiseks kasutatakse Eestis välja töötatud Emotsionaalse Enesetunde Küsimustikku, EEK-2 (Ööpik, Aluoja, Kalda, & Maaroos, 2006). EEK-2 koosneb 28 väitest ja viiest alaskaalast, milleks on depressioon, ärevus, agorafobia-paanika, kurnatus ja insomnia. Väiteid hinnatakse 5-pallisel skaalal 0-st kuni 4-ni (0 – “üldse mitte”, 4 – “pidevalt”) vastavalt sellele, kuivõrd on probleem vastajat viimase kuu jooksul häirinud. Käesolevas töös vaadatakse lähemalt depressiooni ja ärevuse alaskaalasid. Depressiooni alaskaalal on maksimaalne võimalik skoor 32 ja äralõikepunkt 11. Ärevuse alaskaalal on maksimaalne võimalik skoor 24 ja äralõikepunktiks samuti 11.

### **Tervisliku seisundi küsimustik RAND-36**

Tervisega seotud elukvaliteedi mõõtmiseks kasutatakse küsimustikku RAND-36. RAND-36 sisaldab 8 alaskaalat: füüsiline funktsioneerimine (kehaline seisund), kehalised piirangud igapäevaelus, emotsionaalsed piirangud igapäevaelus, energia/väsimus, emotsionaalne heaolu, sotsiaalne toimetulek, valu, üldtervislik seisund (Ware ja Sherbourne, 1992). Hays'i ja Moralesi (2001) sõnul on RAND-36 muuhulgas sobilik kasutada ka erinevate krooniliste haiguste (k.a vähihaiguse) haiguskoorma mõõtmiseks.

### ***Protseduur***

Uuringus osalejad täitsid kolm küsimustikku (SWLS, EEK-2, RAND-36). *Prognosis pessima* vähihaiged patsiendid täitsid küsimustiku haiglas viibimise ajal. Enne uuringus osalemist viis Hiiu Järeldravi Kliiniku psühholoog ja käesoleva magistritöö juhendaja Inna Narro läbi kliinilise intervjuu, mille eesmärk oli kinnitada, et patsiendid olid orienteeritud ajas, kohas, isikus ja situatsioonis. *Prognosis pessima* patsiendid vastasid intervjuu küsimustele suuliselt, ankeedid täitsid patsiendid iseseisvalt. Vähihaiguse üleelanud inimeste andmed koguti MTÜ Eesti Vähiliidu poolt korraldatud üritustel. Vastavalt Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee nõuetele täitsid uuringus osalejad eelnevalt informeeritud nõusoleku lehe (Lisa 1).

### Andmetöötlus

Andmeanalüüsi läbiviimiseks kasutati tarkvara IBM SPSS versiooni 21. Andmete normaaljaotuse kontrollimiseks kasutati Shapiro-Wilkes'i testi. Kuna andmed ei olnud normaaljaotuslikud, kasutati gruppide võrdlemiseks mittepameetrilisi teste: Wilcoxon'i astakmäärgitist ja Kruskal-Wallis'e test. Subjektivse heaolu ja tervisega seotud elukvaliteedi ennustamiseks *prognosis pessima* patsientidel ja vähihaiguse üleelanud inimestel viidi läbi regressioonianalüüs. Olulisuse nivooks on töös võetud .05.

### Tulemused

Esimese hüpoteesi kohaselt oletati, et *prognosis pessima* patsientidel ja vähihaiguse üleelanud inimestel on kõrgemad skoorid EEK-2 depressiooni ja ärevuse skaaladel kui kontrollgrupil. Hüpoteesi testimiseks viidi läbi Kruskal-Wallis'e test, mille tulemused näitasid, et kolme grupi vahel esines statistiliselt oluline erinevus nii depressiooni ( $\chi^2 = 7.459$ ,  $p = .024$ ) kui ka ärevuse skoorides ( $\chi^2 = 6.594$ ,  $p = .037$ ). EEK-2-ga mõõdetud depressiooni skoor oli kõige kõrgem *prognosis pessima* patsientidel ( $M = 10.63$ ,  $SD = 6.98$ ) ja ärevuse skoor vähihaiguse üleelanud inimestel ( $M = 8.64$ ,  $SD = 5.16$ ). Depressiooni ja ärevuse skooride keskmised gruppide kaupa on toodud Tabelis 1. Mõlema skaala puhul on kõige madalam keskmine skoor kontrollgrupil ja seega sai esimene hüpotees kinnitust. *Prognosis pessima* grupis oli äralõikepunktist ( $>11$ ) kõrgem depressiooniskoor 22-l (38.6%) ja ärevuseskoor 13-l patsiendil (22.8%). Vähihaiguse üleelanud inimeste seas oli nii depressiooni- kui ka ärevuseskoor äralõikepunktist kõrgem 17-l inimesel (27.9%).

Tabel 1

*EEK-2 depressiooni ja ärevuse alaskaalade skoorid gruppide lõikes*

	<i>Prognosis pessima</i> (N = 57)		Vähihaiguse üleelanud (N = 61)		Kontrollgrupp (N = 62)		Kruskal-Wallis	
	M	SD	M	SD	M	SD	$\chi^2$	p
Depressioon	10.63	6.984	8.82	6.136	8.53	6.132	7.459	.024
Ärevus	7.46	4.870	8.64	5.158	6.81	3.874	6.594	.037

Märkused.  $p < 0.05$ .

Teise hüpoteesi kohaselt võib *prognosis pessima* patsientide ja vähihaiguse üleelanud inimeste hulgas EEK-2-ga mõõdetud depressiooni sümptomeid esineda rohkem kui ärevuse sümptomeid. Hüpoteesi testimiseks viidi läbi Wilcoxon'i astakmärgitest, mille tulemused näitasid, et *prognosis pessima* patsientidel olid depressiooniskoorid (mediaan = 9) statistiliselt oluliselt kõrgemad kui ärevuseskoorid (mediaan = 7),  $z = -4.026$ ,  $p < .05$ ,  $r = -.53$ . Vähihaiguse üleelanud inimeste puhul ei esinenud depressiooniskooride (mediaan = 9) ja ärevuseskooride (mediaan = 9) vahel statistiliselt olulisi erinevusi,  $z = -.493$ ,  $p > .05$ ,  $r = -.063$ . Seega sai hüpotees vaid osaliselt kinnitust.

Kolmanda hüpoteesi kohaselt võiksid kõrgemad skoorid EEK-2 depressiooni ja ärevuse skaaladel ennustada *prognosis pessima* patsientidel ja vähihaiguse üleelanud inimestel madalamat tervisega seotud elukvaliteeti ja subjektiivset heaolu. Hüpoteesi testimiseks viidi läbi kaks mitmest regressioonianalüüsi. Esimese regressioonianalüüsi puhul oli ennustatavaks muutujaks subjektiivne heaolu ja teise regressioonianalüüsi puhul tervisega seotud elukvaliteet. Ennustavateks tunnusteks olid EEK-2 depressiooni alaskaala skoor, EEK-2 ärevuse alaskaala skoor, vanus ja seisund (*prognosis pessima* patsient, vähihaiguse üleelanud inimene või kontrollgrupp). Regressioonianalüüsides tulemused on toodud tabelis 2.

Tabel 2

*Subjektiivset heaolu ja tervisega seotud elukvaliteeti ennustavad regressioonimudelid*

Ennustav tunnus	Sõltuv muutuja: Subjektiivne heaolu B (SE)	Sõltuv muutuja: Tervisega seotud elukvaliteet B (SE)
Mudeli konstant	23.511* (2.200)	46.942* (8.259)
Depressioon	-.295* (.607)	-.349* (.194)
Ärevus	.138 (.093)	.402 (.350)
Vanus	-.051 (.031)	.178 (.115)
Seisund	-1.292* (.423)	-8.013* (1.590)
N	180	180
R <sup>2</sup>	.160	.137
Kohandatud R <sup>2</sup>	.140	.118
Jääkide standardviga	4.600 (df = 175)	17.271 (df = 175)
F-statistik	6.972* (df = 4; 175)	6.972* (df = 4; 175)

Märkused. \* $p < 0.05$

Esimese regressioonimudeli kohaselt kirjeldavad ennustavad tunnused ära 14% subjektiivse heaolu varieeruvusest, kohandatud  $R^2 = .140$ ,  $F(4; 175) = 6.972$ ,  $p < 0.05$ . Ennustavatest tunnustest on subjektiivse heaoluga statistiliselt olulises seoses depressioon ( $B = -.295$ ,  $p < 0.05$ ) ja seisund ( $B = -1.292$ ,  $p < 0.05$ ). Teise regressioonimudeli kohaselt kirjeldavad ennustavad tunnused ära 11.8% tervisega seotud elukvaliteedi varieeruvusest, kohandatud  $R^2 = .118$ ,  $F(4; 175) = 6.972$ ,  $p < 0.05$ . Nagu ka eelmise regressioonimudeli puhul, on ennustavatest tunnustest sõltuva muutujaga statistiliselt olulises seoses depressioon ( $B = -.349$ ,  $p < 0.05$ ) ja seisund ( $B = -8.013$ ,  $p < 0.05$ ). Regressioonianalüüside tulemusena võib öelda, et kolmas hüpotees sai osaliselt kinnitust: kõrgem skoor depressiooni alaskaalal ennustab nii madalamat tervisega seotud elukvaliteeti kui ka subjektiivset heaolu, kuid ärevuse alaskaala skoori ja elukvaliteedi ning heaolu vahel statistiliselt oluline seos puudub.

Lisaks eelnimetatud hüpoteesidele püstitati ka uurimisküsimus SWLS-i eluvaldkondadega rahulolu kohta. Tabelis 3 on näha, et statistiliselt olulised erinevused gruppide vahel esinesid kolmes eluvaldkonnas: tervis, töökoht ja lähedased, romantilised suhted. *Prognosis pessima* patsiendid on kõige vähem rahul tervisega ( $M = 1.81$ ,  $SD = 1.03$ ) ja kõige rohkem rahul sõpradega ( $M = 4.26$ ,  $SD = .88$ ). Vähihaiguse üleelanud inimesed olid eluvaldkondadest kõige vähem rahul sissetulekuga ( $M = 2.48$ ,  $SD = 1.17$ ) ja kõige rohkem rahul sõpradega ( $M = 4.19$ ,  $SD = .95$ ). Kontrollgrupp oli kõige vähem rahul romantiliste suhetega ( $M = 2.73$ ,  $SD = 1.09$ ) ja kõige rohkem rahul sõpradega, nagu ka teised grupid ( $M = 4.15$ ,  $SD = .70$ ).

Tabel 3

*SWLS eluvaldkondade keskmised skoorid gruppide lõikes*

	<i>Prognosis pessima</i> (N = 57)		Vähihaiguse üleelanud (N = 61)		Kontrollgrupp (N = 62)		Kruskal-Wallis	
	M	SD	M	SD	M	SD	$\chi^2$	p
Tervis	1.81	1.03	2.67	1.16	3.07	1.05	35.450	<b>.000</b>
Suhted teistega	4.04	.71	3.90	.80	3.93	.83	.865	.649
Enese-distsipliin	3.39	1.08	3.68	.85	3.49	.83	2.326	.313
Perekond	4.11	1.01	3.93	.91	3.75	.98	5.374	.068
Haridus	3.72	1.19	3.76	1.17	3.62	.82	3.127	.209
Töökoht	3.96	1.14	3.60	1.07	3.26	.79	21.728	<b>.000</b>
Materiaalne olukord	3.46	1.25	3.09	1.16	3.39	1.00	4.503	.105
Sissetulek	2.74	1.33	2.48	1.17	2.87	.99	3.914	.141
Karjäär	3.04	1.39	3.19	1.02	3.25	.83	.074	.964
Sõbrad	4.26	.88	4.19	.96	4.15	.70	1.829	.401
Romantiline suhe	3.73	1.22	3.00	1.35	2.74	1.09	19.404	<b>.000</b>
Eesmärkide saavutamine	3.16	1.15	3.28	1.08	3.16	1.00	.500	.779
Hobid	3.60	1.02	3.56	1.13	3.93	.89	4.436	.109
Vaba aeg	3.51	1.15	3.65	1.08	3.69	1.01	.605	.739
Elukoht	4.05	1.09	3.71	1.08	4.02	.74	4.805	.091

Märkused.  $p < 0.05$ .

### Arutelu

Vaimse tervise probleemide kogemine on vähihaigetel ja vähist paranenud inimestel seotud nii madalama subjektiivse heaolu kui ka tervisega seotud elukvaliteediga (Mols jt, 2018; Zlataar jt, 2015; Tessier, Blanchin ja Sébille, 2017). Käesoleva töö eesmärk oli uurida vähihaiguse üleelanud ja *prognosis pessima* vähihaigete vaimset tervist, subjektiivset heaolu ja tervisega seotud elukvaliteeti.

Töös püstitatud esimene hüpotees sai kinnitust: *prognosis pessima* patsientidel ja vähihaiguse üleelanud inimestel on kõrgemad skoorid EEK-2 depressiooni ning ärevuse skaaladel kui kontrollgrupil. Seda tulemust kinnitavad ka varasemad leiud, mille kohaselt on vähihaigete ja vähihaiguse üleelanud inimeste depressiooni ja ärevuse keskmised skoorid kõrgemad kui kontrollgrupil (Hinz jt, 2010; Hinz jt, 2016). Siiski väärib märkimist, et nii depressiooni kui ka ärevuse keskmised skoorid jäid mõlemal grupil alla äralõikepunkti (kalduvust depressioonile ja ärevushäiretele näitab skoor >11). Seda tulemust võib seletada asjaoluga, et EEK-2 on loodud kasutamiseks esmatasandi tervishoius ning seni pole uuritud selle sobivust kasutamiseks vähihaiguse puhul, mis võib tulemusi mõjutada.

Teine hüpotees eeldas, et *prognosis pessima* patsientide ja vähihaiguse üleelanud inimeste hulgas esineb EEK-2-ga mõõdetud depressiooni sümptomeid võrreldes ärevuse sümptomitega rohkem. Leiti, et depressioonisümptomeid esines ärevusesümptomitest rohkem *prognosis pessima* patsientidel, kuid mitte vähihaiguse üleelanud inimestel ja seega sai hüpotees osaliselt kinnitust. Sarnaseid tulemusi on leidnud Hinz ja kolleegid (2010), kelle uuringust selgus, et inimestel, kellel oli vähist paranenuks tunnistamisest möödas rohkem kui aasta, oli HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) küsimustikuga mõõdetud keskmine ärevuseskoor kõrgem kui depressiooniskoor. Samuti leidsid Mitchell, Ferguson, Gill, Paul ja Symonds (2013) oma metaanalüüsis, et vähihaiguse üleelanud inimeste puhul on ärevus sagedasem probleem kui depressioon. Ärevuse sagedasemat esinemist vähihaiguse üleelanud inimeste seas võib seletada hirm vähi tagasituleku ees (Hodges ja Humphris, 2009) ja vajadus kohaneda vähi ettearvamusega (Inhestern jt, 2017). Tan, Beck, Li, Lim ja Krishna (2014) kohaselt võib depressiooni kõrgemat esinemissagedust *prognosis pessima* patsientide hulgas seletada asjaolu, et kaugemale arenenud vähiga patsiendid kogevad tihti valu ja jõudluse vähenemist, mis põhjustavad depressiooni.

Kolmanda hüpoteesi kohaselt ennustavad kõrgemad skoorid EEK-2 depressiooni ja ärevuse skaaladel *prognosis pessima* patsientidel ning vähihaiguse üleelanud inimestel madalamat tervisega seotud elukvaliteeti ja subjektiivset heaolu. Regressioonianalüüsid näitasid, et ainult kõrgem depressiooniskoor ennustab madalamat subjektiivset heaolu ja tervisega seotud



elukvaliteeti ning seega sai hüpotees osaliselt kinnitust. Brown, Kroenke, Theobald, Wu ja Tu (2010) on leidnud, et vähipatsientide puhul depressioonil on tervisega seotud elukvaliteedile tervikuna suurem mõju kui ärevusel, mis kinnitab käesoleva töö leide.

Käesoleva töö tulemused näitasid, et subjektiivse heaolu valdkondadest esinesid statistiliselt olulised erinevused gruppide vahel kolmes eluvaldkonnas: tervis, töökoht ja romantilised suhted. Eluvaldkondadest olid kõik grupid kõige rohkem rahul sõpradega. *Prognosis pessima* patsiendid olid kõige vähem rahul tervisega, mis on oodatav tulemus, kuna kaugelearenenud vähk toob kaasa mitmeid terviseprobleeme, näiteks valu, kurnatust, deliiriumi ja unetust (Rosenstein, 2011; Färkkilä jt, 2014). Samuti mõjutab tervisega seotud rahulolu ka vähipatsiendi haigusteadlikkus ja mõistmine, et haigus pole ravitav (Epstein, Prigerson, O'Reilly ja Maciejewski, 2016). Vähihaiguse üleelanud inimesed olid kõige vähem rahul sissetulekuga. Fenn'i ja kolleegide (2014) kohaselt on vähk haigele ja tema perele suur majanduslik koorem, mille mõju tuntakse ka pärast paranemist. Vähk võib mõjutada vähihaigete ning vähihaiguse üleelanud inimeste majanduslikku olukorda nii otseselt (ravi- ja hoolduskulud) kui ka kaudselt (tootlikkuse langus) (Altice, Banegas, Tucker-Seeley ja Yabroff, 2017). Siiski tasub märkida, et käesolevas töös olid vähihaiguse üleelanud inimesed kõige vähem rahul just sissetulekuga, mitte materiaalse olukorraga, mis võib peegeldada inimeste üldist rahulolematust töötasuga; Palgainfo Agentuuri (i.a) andmetel on oma põhipalgaga rahulolematud 39% inimestest.

### ***Piirangud ja edasiarendused***

Käesoleva töö ühe piiranguna võib välja tuua fakti, et küsimustik EEK-2 ei ole valideeritud vähihaigete ja teisi kroonilisi haigusi põdevate patsientidega kasutamiseks. Kuna mõned vähi sümptomid ja ravi kõrvalmõjud võivad sarnaneda depressiooni sümptomitele, võib depressiooni kliiniline pilt olla vähipatsientidel tavapopulatsioonist erinev (Smith, 2015). Hartung'i ja kolleegide (2017) sõnul on kahel kõige levinumal depressiooni sõelküsimustikul – HADS ja PHQ-9 – vähipatsientide puhul madalam diagnostiline täpsus, mistõttu võib vähipatsientide seas tihti esineda valepositiivseid tulemusi. Töö autorile teadaolevalt ei ole Eestis kasutusel ühtegi vaimse tervise mõõdikut, mis oleks valideeritud vähihaigete puhul kasutamiseks, mis pakub võimalusi edasisteks uuringuteks eesmärgiga kontrollida olemasolevate mõõdikute sobivust vähipatsientidega kasutamiseks. Samuti seab tööle piirangu võrdlemisi väike valimisuurus, mis

tuleneb ühe uuritava grupi haavatavusest: *prognosis pessima* patsiente on nende piiratud jõudluse tõttu keeruline valimisse värvata. Töös kasutati juba kogutud andmeid, et vältida andmete raiskamist, eriti võttes arvesse, et tegu on haavatava valimiga. Siiski tuleks edasiste uuringute puhul koguda juurde nii *prognosis pessima* kui ka vähihaiguse üleelanud inimeste andmeid, et suurendada uuringute üldistusvõimet. Käesolevas töös uuriti vaimse tervise, subjektiivse heaolu ja tervisega seotud elukvaliteedi omavahelisi seoseid, kuid andmestiku piiratud tõttu ei olnud võimalik uurida vahendajaid ja modereerivaid mõjusid, mis pakub samuti võimalusi edasisteks uuringuteks. Lisaks eelnimetatule on töö piiranguks ka mõõdikute valik: subjektiivse heaolu hindamiseks kasutati kognitiivset aspekti mõõtvat SWLS-i, kuid mitte NEPO-Y, mis võimaldab mõõta ka positiivset ja negatiivset afektiivsust. Afektiivsus on subjektiivse heaolu oluline komponent ning see peaks olema kaasatud edasistesse uuringutesse.

### Kokkuvõte

Käesoleva töö eesmärk oli uurida vähihaiguse üleelanud ja *prognosis pessima* vähihaigete vaimset tervist, subjektiivset heaolu ja tervisega seotud elukvaliteeti. Tulemused näitasid, et *prognosis pessima* patsiendid ja vähihaiguse üleelanud inimesed kogevad rohkem depressiooni ning ärevust kui kontrollgrupp; sealjuures kogevad *prognosis pessima* patsiendid rohkem depressiooni kui ärevust ja kõrgem depressiooniskoor ennustab madalamat subjektiivset heaolu ja tervisega seotud elukvaliteeti. Subjektiivse heaolu valdkondadest on kõik grupid kõige rohkem rahul sõpradega; *prognosis pessima* patsiendid olid eluvaldkondadest kõige vähem rahul tervisega, vähihaiguse üleelanud inimesed olid kõige vähem rahul sissetulekuga. Seoseid vähihaigete vaimse tervise ja subjektiivse heaolu ning tervisega seotud elukvaliteedi vahel võivad mõjutada mitmed tegurid, millele käesolev uuring ei keskendunud. Võttes arvesse vähihaiguse esinemissagedust nii Eestis kui ka mujal maailmas, siis on tegu olulise uurimisteenusega, et pakkuda vähihaigetele ja nende lähedastele võimalikult kvaliteetset psühholoogilist tuge.

### Tänuõnad

Olen tänulik kannatliku ning toetava juhendamise eest Toivo Aavikule ja Inna Narrole. Samuti tänan uuringus osalenud vähihaiguse üleelanud inimesi ning *prognosis pessima* patsiente, kes andsid haiguse kiuste panuse teaduse edendamisse.

**Kasutatud kirjandus**

- Aaronson, N. K. (1991). Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer*, 67(S3), 844-850.
- Addington-Hall, J. (2002). Research sensitivities to palliative care patients. *European journal of cancer care*, 11(3), 220-224.
- Altice, C. K., Banegas, M. P., Tucker-Seeley, R. D., & Yabroff, K. R. (2017). Financial hardships experienced by cancer survivors: a systematic review. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 109(2).
- Block, S. D. (2005). Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Focus*, 132(2), 209-319.
- Breitbart, W. S., & Alici, Y. (2009). Psycho-oncology. *Harvard review of psychiatry*, 17(6), 361-376.
- Brown, L. F., Kroenke, K., Theobald, D. E., Wu, J., & Tu, W. (2010). The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology*, 19(7), 734-741.
- Bužgová, R., Jarošová, D., & Hajnová, E. (2015). Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 667-672.
- Delgado-Guay, M., Parsons, H. A., Li, Z., Palmer, J. L., & Bruera, E. (2009). Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Supportive Care in Cancer*, 17(5), 573-579.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43.
- Diener, E., Heintzelman, S. J., Kushlev, K., Tay, L., Wirtz, D., Lutes, L. D., & Oishi, S. (2017). Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 58(2), 87.
- Diener, E., Pressman, S. D., Hunter, J., & Delgadillo-Chase, D. (2017). If, why, and when subjective well-being influences health, and future needed research. *Applied Psychology:*

*Health and Well-Being*, 9(2), 133-167.

Eesti Vähiliit MTÜ kodulehekülg (2019). Vaadatud 19.02.2019 <https://cancer.ee/statistika-2/>

Epstein, A. S., Prigerson, H. G., O'Reilly, E. M., & Maciejewski, P. K. (2016). Discussions of life expectancy and changes in illness understanding in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 34(20), 2398- 2403.

Fenn, K. M., Evans, S. B., McCorkle, R., DiGiovanna, M. P., Puztai, L., Sanft, T., ... & Abu-Khalaf, M. (2014). Impact of financial burden of cancer on survivors' quality of life. *Journal of Oncology Practice*, 10(5), 332-338.

Färkkilä, N., Torvinen, S., Roine, R. P., Sintonen, H., Hänninen, J., Taari, K., & Saarto, T. (2014). Health-related quality of life among breast, prostate, and colorectal cancer patients with end-stage disease. *Quality of Life Research*, 23(4), 1387-1394.

Gross, L. (2009). *Vähktõvega täisealise patsiendi lähedaste vajadused ja nende rahuldamine Eesti regionaalhaiglates*. Magistritöö. Tartu Ülikool, õendusteaduse osakond.

Hartung, T. J., Friedrich, M., Johansen, C., Wittchen, H. U., Faller, H., Koch, U., ... & Wegscheider, K. (2017). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as screening instruments for depression in patients with cancer. *Cancer*, 123(21), 4236-4243.

Hays, R. D., & Morales, L. S. (2001). The RAND-36 measure of health-related quality of life. *Annals of medicine*, 33(5), 350-357.

Heins, M. J., Korevaar, J. C., Hopman, P. E., Donker, G. A., Schellevis, F. G., & Rijken, M. P. (2016). Health-related quality of life and health care use in cancer survivors compared with patients with chronic diseases. *Cancer*, 122(6), 962-970.

Hinz, A., Krauss, O., Hauss, J. P., Höckel, M., Kortmann, R. D., Stolzenburg, J. U., & Schwarz, R. (2010). Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *European journal of cancer care*, 19(4), 522-529.

Hinz, A., Mehnert, A., Kocalevent, R. D., Brähler, E., Forkmann, T., Singer, S., & Schulte, T. (2016). Assessment of depression severity with the PHQ-9 in cancer patients and in the general population. *BMC psychiatry*, 16(1), 22.

Hodges, L. J., & Humphris, G. M. (2009). Fear of recurrence and psychological distress in head and neck cancer patients and their carers. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(8), 841-848.

- Hofman, M., Ryan, J. L., Figueroa-Moseley, C. D., Jean-Pierre, P., & Morrow, G. R. (2007). Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *The Oncologist*, 12(Supplement 1), 4-10.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 206-221.
- Holland, J. C., & Wiesel, T. W. (2015). Introduction: History of psycho-oncology. *Psycho-oncology*.
- Huang, I. C., Hudson, M. M., Robison, L. L., & Krull, K. R. (2017). Differential impact of symptom prevalence and chronic conditions on quality of life in cancer survivors and non-cancer individuals: a population study. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 26(7), 1124-1132.
- Inhestern, L., Beierlein, V., Bultmann, J. C., Möller, B., Romer, G., Koch, U., & Bergelt, C. (2017). Anxiety and depression in working-age cancer survivors: a register-based study. *BMC cancer*, 17(1), 347.
- Kent, E. E., Rowland, J. H., Northouse, L., Litzelman, K., Chou, W. Y. S., Shelburne, N., ... & Huss, K. (2016). Caring for caregivers and patients: research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*, 122(13), 1987-1995.
- Krebber, A. M. H., Buffart, L. M., Kleijn, G., Riepma, I. C., Bree, R., Leemans, C. R., ... & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2014). Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psycho-Oncology*, 23(2), 121-130.
- Kuppens, P., Realo, A., & Diener, E. (2008). The role of positive and negative emotions in life satisfaction judgment across nations. *Journal of personality and social psychology*, 95(1), 66-75.
- Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 13-22.
- Lathan, C. S., Cronin, A., Tucker-Seeley, R., Zafar, S. Y., Ayanian, J. Z., & Schrag, D. (2016). Association of financial strain with symptom burden and quality of life for patients with lung or colorectal cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 34(15), 1732-1740.
- LeMasters, T., Madhavan, S., Sambamoorthi, U., & Kurian, S. (2013). A population-based study comparing HRQoL among breast, prostate, and colorectal cancer survivors to propensity score matched controls, by cancer type, and gender. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2270-2282.

- Lichtenthal, W. G., Nilsson, M., Zhang, B., Trice, E. D., Kissane, D. W., Breitbart, W., & Prigerson, H. G. (2009). Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches?. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(1), 50-61.
- Lorenzo-Seva, U., Calderon, C., Ferrando, P. J., Muñoz, M. D., Beato, C., Ghanem, I., . . . Jiménez-Fonseca, P. (2019). Psychometric properties and factorial analysis of invariance of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in cancer patients. *Quality of Life Research*, 28(5), 1255-1264.
- Maailma tervishoiuorganisatsiooni kodulehekülg (2019). Vaadatud 24.01.2019 <https://www.who.int/cancer/en/>
- Maailma tervishoiuorganisatsiooni kodulehekülg (2014). Vaadatud 01.03.2019 [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
- Maass, S. W., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100-108.
- McCorkle, R., Dowd, M., Ercolano, E., Schulman-Green, D., Williams, A. L., Siefert, M. L., ... & Schwartz, P. (2009). Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(1), 62-70.
- Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*, 14(8), 721-732.
- Mols, F., Schoormans, D., de Hingh, I., Oerlemans, S., & Husson, O. (2018). Symptoms of anxiety and depression among colorectal cancer survivors from the population-based, longitudinal PROFILES Registry: Prevalence, predictors, and impact on quality of life. *Cancer*, 124(12), 2621-2628.
- Narro, I. (2017). *Vähihaiguse üle elanud ja prognosis pessima vähihaigete subjektiivne heaolu ning personaalsed väärtused*. Magistritöö. Tartu Ülikool, psühholoogia instituut.
- Niinepuu, A. (2014). *Ülevaade vähihaigete rehabilitatsiooniprogrammidest Euroopa Liidus*. Magistritöö. Tartu Ülikool, tervishoiu instituut.
- Paat-Ahi, G., Sikkut, R., & Veldre, V. (2014). Vähipatsientide elukvaliteet ja seda mõjutavad

tegurid Eestis. *Eesti Arst*, 93(1), 15-22.

Palgainfo Agentuuri kodulehekülg (i.a). Vaadatud 19.03.2019.

<https://www.palgainfo.ee/en/palgainfo-agentuur/agentuur-meedias/12991-toeoetajate-rahulolematus-palgaga-on-suurenenud>

Pergolotti, M., Deal, A. M., Williams, G. R., Bryant, A. L., Bensen, J. T., Muss, H. B., & Reeve, B. B. (2017). Activities, function, and health-related quality of life (HRQOL) of older adults with cancer. *Journal of geriatric oncology*, 8(4), 249-254.

Raik, K. (2018). *Subjektiivne heaolu ning emotsionaalne enesetunne prognosis pessima vähihaigete puhul võrrelduna vähki mittepõdevate inimestega*. Uurimistöö. Tartu Ülikool, psühholoogia instituut.

Riiklik vähistrateegia aastateks 2007-2015. (2007). Vaadatud 05.03.2019  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/riiklik\\_vahistrateegia\\_aastateks\\_2007-2015.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/riiklik_vahistrateegia_aastateks_2007-2015.pdf)

Rosenstein, D. L. (2011). Depression and end-of-life care for patients with cancer. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(1), 101-108.

Rüütel, K. (2011). *Väärtuste ümberhindamise seosed vähihaigete subjektiivse heaolu ja ärevustasemega*. Magistritöö. Tallinna Ülikool.

Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment. *Oncology letters*, 9(4), 1509-1514.

Tan, S. M., Beck, K. R., Li, H., Lim, E. C. L., & Krishna, L. K. R. (2014). Depression and anxiety in cancer patients in a Tertiary General Hospital in Singapore. *Asian journal of psychiatry*, 8, 33-37.

Tessier, P., Blanchin, M., & Sébille, V. (2017). Does the relationship between health-related quality of life and subjective well-being change over time? An exploratory study among breast cancer patients. *Social Science & Medicine*, 174, 96-103.

Vulp, V. (2015). *Vähipatsientide elukvaliteet ja seda mõjutavad psühhosotsiaalsed tegurid*. Bakalaureusetöö. Tallinna Ülikool.

Wachai, A., Armer, J. M., & Stewart, B. R. (2011). Nonpharmacologic supportive strategies to promote quality of life in patients experiencing cancer-related fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15, 203-214.

Zhou, Y., Irwin, M. L., Ferrucci, L. M., McCorkle, R., Ercolano, E. A., Li, F., ... & Cartmel, B.

(2016). Health-related quality of life in ovarian cancer survivors: Results from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors—I. *Gynecologic oncology*, 141(3), 543-549.

Zlatar, Z. Z., Meier, E. A., Montross Thomas, L. P., Palmer, B. W., Glorioso, D., Marquine, M. J., ... & Jeste, D. V. (2015). Life satisfaction and its correlates among older cancer survivors: critical role of psychosocial factors. *Psycho-Oncology*, 24(2), 241-244.



## LISA 1

**Patsiendi informeerimise ja teadliku nõusoleku leht**

Töö teema: Tervise paiknemine uuendatud baasväärtuste mudelis ja selle mudeli mitmedimensionaaluse testimine.

Informatsioon uuritavale: Teid kutsutakse osalema teaduslikus uuringus

„Tervise paiknemine uuendatud baasväärtuste mudelis ja selle mudeli mitmedimensionaaluse testimine”. Töö eesmärgiks on uurida neid inimestele olulisi väärtusi, mis juhivad nende tervisega seotud otsustusi elus.

Uuringusse kaasatakse PERHi (Hiiu Järeldravi kliiniku ja MTÜ Eesti Vähiliit) patsiendid.

Kõigil uuritavatel palutakse täita erinevad küsimustikud:

- personaalsete väärtuste (mis on inimesele elus oluline)
- tervisekäitumise (milliseid tegevusi tehakse tervise nimel)
- tervisliku seisundi ülevaade (üldine hinnang oma tervisele)
- olemasolevad haigused
- eluga rahulolu
- emotsioonide tundmine

Uuringust osavõtmine on täiesti vabatahtlik ja Teie loobumine uuringust ei mõjuta Teie edaspidist ravi ega suhteid arstiga.

Kogu meile uuringu käigus usaldatud informatsioon on täiesti konfidentsiaalne. Mitte kuskil uuringu käigus ei küsita Teie nime ja tulemused ei ole hiljem mitte kuidagi seostatavad Teie isikuga. Paberkandjal kogutud andmed hävitatakse koheselt kui nad on digitaliseeritud.

Andmebaase hoitakse turvalises psych.ut.ee serveris ja neid hoitakse alles kuni projekti lõpuni 2015 a või kui selle põhjal valmivad artiklid pole veel valmis, siis kuni 5 a kogumise ajast.

Mind, (ees- ja perekonnanimi)....., on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu metoodikast ning kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga.

Tean, et uuringute käigus tekkivate küsimuste kohta saan mulle vajalikku täiendavat informatsiooni: Toivo Aavik, TÜ Psühholoogia Instituut, Näituse 2, Tartu,  
tel: 7 376 365, e-mail: toivo.aavik@ut.ee

Uuritava allkiri: ..... Kuupäev, kuu, aasta.....

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi ja allkiri:.....

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Maili Tirel

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „*Prognosis pessima* vähihaigete ja vähihaiguse üleelanud inimeste vaimne tervis, tervisega seotud elukvaliteet ja subjektiivne heaolu“, mille juhendajad on Toivo Aavik ja Inna Narro, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Maili Tirel

20.05.2019